

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. A.I.M. van Mierlo, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302879

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:
 - (i) ten onrechte het PGB vv voor de periode van 2 januari 2021 tot en met 1 juli 2021 met terugwerkende kracht heeft beëindigd, (ii) ten onrechte het volledig uitgekeerde PGB vv van € 30.160,40 terugvordert, en dat hij in ieder geval deze vordering dient te verlagen, (iii) ten onrechte de onderzoekskosten ten bedrage van € 619,91 van haar vordert, (iv) haar persoonsgegevens ten onrechte heeft opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR), en (v) de aanvraag van 21 maart 2022 voor een PGB vv alsnog dient goed te keuren. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster fraude heeft gepleegd, dat daarmee de rechtsgrond aan het PGB vv is ontvallen, zodat hij op grond van onverschuldigde betaling hetgeen aan verzoekster werd uitgekeerd mocht terugvorderen, en dat hij daarnaast terecht de genoemde maatregelen heeft genomen.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster heeft verklaard dat zij facturen die zij ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar zelf heeft vervaardigd en dat zij haar zorgverleners deels contant heeft betaald. De daartoe door verzoekster aangevoerde argumenten overtuigen niet. Zelfs bij onbekendheid met de wetgeving had verzoekster moeten weten dat het zelf vervaardigen van facturen, alsof deze van zorgaanbieders afkomstig waren, niet is toegestaan. De verklaring dat zij zorgaanbieders deels contant heeft betaald kan haar hierbij niet baten. De commissie acht, vanwege het voorgaande, het opzet te misleiden bewezen, zodat sprake is van fraude. Op grond van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: het Reglement) was het de ziektekostenverzekeraar onder deze omstandigheden toegestaan het PGB vv in te trekken. Ten aanzien van de hoogte van de vordering overweegt de commissie dat op het bedrag van € 30.160,48 een bedrag van (3 maal € 1612,11=) € 4.836,33 in mindering moet worden gebracht. Dit betreft betalingen over juli, november en december 2020. Gedurende deze periode ontving verzoekster geen PGB vv, maar ontving zij zorg in natura. Op laatstgenoemde zorg is het Reglement niet van toepassing, terwijl dit voorts geen deel uitmaakt van de onderhavige procedure, zodat de commissie in het kader van dit geschil hierover geen uitspraak kan doen. Het resterende bedrag van € 25.324,15 ter zake het PGB vv is onverschuldigd betaald en mag van verzoekster worden teruggevorderd. De commissie beslist voorts dat, nu fraude bewezen is, de gemaakte onderzoekskosten van verzoekster mochten worden gevorderd. Ter zitting heeft verzoekster verklaard het onderdeel van het verzoek met betrekking tot de registratie van haar

persoonsgegevens in het EVR in te trekken zodat dit geen bespreking meer behoeft. De commissie beslist tot slot dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 21 maart 2022 voor een PGB vv terecht heeft afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 6 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 oktober 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 8 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 maart 2024 heeft verzoekster een overzicht gestuurd van de door haar van de ziektekostenverzekeraar ontvangen bedragen en de bedragen die zij per bank heeft overgemaakt aan haar zorgaanbieders. Ook heeft zij facturen van zorgaanbieders meegestuurd. Een kopie van deze brief met bijlagen is 14 maart 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Ter zitting heeft verzoekster verzocht om een specificatie van de onderzoekskosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee ingestemd.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 28 maart 2024 aan de commissie een specificatie van de onderzoekskosten gezonden. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 9 april 2024 verklaard geen aanmerkingen te hebben op de specificatie van de onderzoekskosten.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was tot 1 maart 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV-Gemeente Top en AV-gemeente-Afkoop ER (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoekster ontving een Persoonsgebonden Budget voor Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) dat haar bij brief van 5 augustus 2021 werd toegekend over de periode van 2 januari 2021 tot en met 10 maart 2022. Bij brief van 8 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op de hoogte gebracht van het door hem gestarte (fraude)onderzoek. Bij brief van 14 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn voorlopige, en bij brief van 8 februari 2023 zijn definitieve onderzoeksbevindingen meegedeeld aan verzoekster.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de uitkomst van het fraudeonderzoek, het PGB vv ingetrokken, en bij verzoekster een bedrag van € 30.160,40 teruggevorderd. Ook heeft hij de gemaakte onderzoekskosten van € 619,91 van haar gevorderd en heeft hij de persoonsgegevens van verzoekster geregistreerd in het EVR. De nieuwe aanvraag voor een PGB vv van 21 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 9 maart 2023 en 10 maart 2023 om heroverweging van zijn beslissingen gevraagd. Bij brief van 13 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:
- (i) ten onrechte het PGB vv over de periode van 2 januari 2021 tot en met 1 juli 2021 met terugwerkende kracht heeft beëindigd;
 - (ii) ten onrechte een bedrag van € 30.160,40 terugvordert, en dat hij in ieder geval deze vordering dient te verlagen;
 - (iii) haar persoonsgegevens ten onrechte heeft opgenomen in het EVR;
 - (iv) ten onrechte de onderzoekskosten van € 619,91 van haar vordert; en
 - (v) de aanvraag van 21 maart 2022 voor een PGB vv alsnog dient goed te keuren.
- 4.2. In haar brief van 9 maart 2023 heeft verzoekster verklaard dat van het opzet te misleiden geen sprake is geweest. Zij erkent dat zij niet altijd goed heeft gehandeld door gebrek aan kennis van de wetgeving. Daarnaast klopt volgens verzoekster de hoogte van de terugvordering niet. Zij heeft namelijk wel gedurende een aantal maanden zorg van een zorgaanbieder ontvangen en hiermee is door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen rekening gehouden.
- 4.3. Verzoekster heeft in haar brief van 10 maart 2023 verklaard dat zij het ook niet eens is met de afwijzing van de aanvraag van 21 maart 2022 voor een PGB vv. Volgens verzoekster heeft zij zich in de voorafgaande periode namelijk wel gehouden aan de taken en verplichtingen die horen bij het PGB vv.
- 4.4. In haar brief van 6 oktober 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoekster herhaald het niet eens te zijn met de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster heeft zij, zoals gezegd, gedurende enkele maanden zorg ontvangen van een zorgaanbieder, waarvoor zij ook heeft betaald, hetgeen aantoonbaar is door middel van bankoverschrijvingen. De ziektekostenverzekeraar zou daarom uitsluitend het verschil tussen het informele en formele tarief van haar mogen vorderen. Daarbij stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de toekenning van 5 augustus 2021 ervan op de hoogte was dat zij gebruik maakte van informele zorgaanbieders. Toch heeft hij de declaraties op basis van het formele tarief aan haar vergoed. Ook houdt de ziektekostenverzekeraar bij zijn terugvordering geen rekening met het jaarlijks vrij te besteden bedrag. Verzoekster verklaart verder dat zij een deel van het PGB vv contant heeft betaald aan haar zorgaanbieders. Zij wist niet dat dit niet mocht. Er is geen sprake van dat zij de facturen valselijk heeft opgesteld. Voor de facturen is weliswaar dezelfde opmaak en lay-out gebruikt, maar verschillende zorgaanbieders, waaronder eerdergenoemde zorgaanbieder, stopten plotseling. Hierdoor moest zij snel handelen. Daarnaast verklaart verzoekster dat zij, door gebrek aan kennis van wetgeving, alle regels moeilijk te begrijpen vindt. Om deze redenen stelt verzoekster dat de registratie van haar persoonsgegevens in het EVR ten onrechte heeft plaatsgevonden. In verband met haar medische situatie is het belangrijk een (aanvullende) verzekering te kunnen afsluiten en een PGB vv te krijgen en de registratie staat hieraan de weg. Volgens verzoekster worden daarnaast de onderzoekskosten van € 619,91 ten onrechte van haar gevorderd. Er zijn weliswaar onregelmatigheden in de administratie geconstateerd, maar, zo stelt verzoekster, op de ziektekostenverzekeraar rust de verantwoordelijkheid jaarlijks een controle uit te voeren. Dit behoort volgens verzoekster tot de normale dagelijkse werkzaamheden van de ziektekostenverzekeraar en hiervoor mogen geen extra kosten worden berekend.
- 4.5. Verzoekster verklaart voorts dat haar niet kan worden verweten dat zij in de periode vóór het Bewust Keuze Gesprek van 1 juli 2021 haar administratie niet op orde had. Pas na dit gesprek was verzoekster op de hoogte, of had zij dit in ieder geval moeten zijn, van haar verplichtingen. Daarom is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet het recht heeft om het

PGB vv over de periode van 2 januari 2021 (toekenning met terugwerkende kracht) tot 1 juli 2021 (BKG) terug te vorderen.

Verder herhaalt zij dat haar aanvraag voor een PGB vv van 21 maart 2022 dient te worden toegewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag pas in september 2022 overgedragen aan de afdeling Speciale Zaken en eerst bij brief van 8 februari 2023 is zij op de hoogte gesteld van de definitieve onderzoeksbevindingen. Hierdoor is zij benadeeld, omdat zij in de periode van maart 2022 tot en met februari 2023 geen zorg heeft kunnen ontvangen en betalen.

4.6. Verzoekster verklaart dat een en ander bij haar voor heel veel stress zorgt. Zij en haar echtgenoot leven van een bijstandsuitkering en het gevorderde bedrag kunnen zij daarom niet betalen.

4.7. Verzoekster stelt in haar brief van 13 maart 2024 dat uit het door haar meegestuurde overzicht met van de ziektekostenverzekeraar ontvangen bedragen en aan de zorgaanbieders betaalde bedragen, blijkt dat zij totaal € 23.064,05 via de bank aan haar zorgaanbieders heeft overgemaakt. Zij stelt dat dit bedrag ten onrechte buiten beschouwing is gelaten in de verantwoording. Verzoekster verklaart verder dat zij het grootste deel van de onderliggende facturen niet meer kan achterhalen. Zij heeft facturen van € 594,- en € 36,30 met haar brief meegestuurd. Tevens heeft zij een factuur van € 240,-, afkomstig van een andere zorgaanbieder, overgelegd. Deze drie bedragen zijn per bank overgemaakt. Verzoekster verwijst hiervoor naar het door haar meegestuurde overzicht.

4.8. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat er geen verschil van mening bestaat over het overzicht van de ziektekostenverzekeraar en hetgeen zij heeft gecontroleerd. Verzoekster heeft herhaald dat het bedrag van € 23.064,05 dat via de bank aan de zorgaanbieders is overgemaakt ten onrechte buiten de verantwoording is gehouden. Verzoekster heeft getracht de bijbehorende facturen te vinden, maar dat is haar niet gelukt. Er is nog wel een drietal facturen voor totaal € 870,30 overgelegd. Volgens verzoekster moet eerdergenoemd bedrag van € 23.064,05 als verantwoord worden beschouwd.

In reactie op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de bij haar brief van 13 maart 2024 overgelegde facturen voor het bedrag van totaal € 870,30 niet op naam van verzoekster staan, heeft zij verklaard dat haar dochter contactpersoon was, maar dat de bedragen wel van haar rekening zijn betaald.

Verzoekster heeft in het kader van de intrekking van het PGB vv en de afwijzing van de aanvraag verklaard dat zij eerst in februari 2023 de afwijzing heeft ontvangen. In 2022 heeft zij nog zorg gehad en dus kosten gemaakt. Zij heeft verder gesteld dat het Bewust Keuze Gesprek veel later heeft plaatsgevonden en dat het PGB vv voorafgaand daaraan niet zou mogen worden ingetrokken.

Volgens verzoekster lijkt het erop dat de ziektekostenverzekeraar vanwege zijn bevindingen niet zal overgaan tot het toewijzen van een nieuwe aanvraag. Zij vraagt zich af of de uitkomst van het fraudeonderzoek wel een grondslag tot intrekking van het PGB vv kan zijn. Verzoekster stelt dat het redelijk was geweest indien haar de mogelijkheid was geboden orde op zaken te stellen. Daarnaast expliciet door de commissie gevraagd, deelt verzoekster mee dat er geen belang meer is om de registratie van haar persoonsgegevens in het EVR te behandelen en dat dit onderdeel van het verzoek als ingetrokken kan worden beschouwd.

Wat betreft de hoogte van de onderzoekskosten stelt verzoekster dat het gevorderde niet reëel is en zij vraagt zich af hoe het bedrag is bepaald. Zij vraagt zich ook af op basis van welke (wettelijke) bepaling deze kosten mogen worden opgelegd. Volgens haar staat dit niet in het Reglement of de verzekeringsvoorwaarden.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 februari 2023, gericht aan verzoekster, de definitieve onderzoeksbevindingen meegedeeld. Hij verklaart hierin dat verzoekster fraude heeft gepleegd, ten eerste omdat zij facturen van zorgaanbieders heeft nagemaakt en deze heeft ingediend met als doel een vergoeding te ontvangen waarop geen recht bestaat, en ten tweede,

omdat verzoekster meer zorgkosten heeft gedeclareerd dan er aan bancaire betalingen is gedaan aan haar zorgaanbieders. Daarnaast blijkt dat het formele tarief is gedeclareerd, terwijl er zorg is geleverd waarop het informele tarief van toepassing is. Op het moment dat een factuur van een bedrijf wordt nagemaakt en verzoekster daarmee doet voorkomen dat deze zorgaanbieder zorg heeft geleverd, is er volgens de ziektekostenverzekeraar sprake van een vervalste factuur. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat dit handelen een aantal consequenties heeft. De vervalste facturen zijn afgekeurd en de uitgekeerde betalingen zijn teruggevorderd. Dit betreft een bedrag van totaal € 30.160,48. De persoonsgegevens van verzoekster worden voor een periode van vijf jaren geregistreerd in het EVR. Ook worden haar persoonsgegevens voor de duur van acht jaren geregistreerd in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de onderzoekskosten ten bedrage van € 619,91 bij verzoekster worden gevorderd. De nieuwe aanvraag van 21 maart 2022 voor een PGB vv wordt afgewezen op grond van het Reglement. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij de verzekering van verzoekster heeft beëindigd per 1 maart 2023.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn heroverweging van 13 juni 2023 verklaard dat het Bewust Keuze Gesprek met de gemachtigde van verzoekster heeft plaatsgevonden op 1 juli 2021. Volgens de ziektekostenverzekeraar is uit het verslag hiervan op te maken dat de gemachtigde van verzoekster kennis had, of moet hebben gehad, van de taken en verplichtingen die bij een PGB vv horen. In het verslag van het Bewust Keuze Gesprek is tevens te lezen dat er twijfels waren met betrekking tot een bepaalde zorgaanbieder. Om deze reden is afgesproken de diploma's van die zorgaanbieder op te vragen. Na ontvangst van het diploma is aan verzoekster meegedeeld dat de zorgaanbieder geen formele zorgverlener is en dat het formele tarief daarom niet mocht worden gedeclareerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt op dat de kosten van zorg hoofdzakelijk op naam van een andere zorgaanbieder zijn ingediend. Dit is wel een formele zorgaanbieder waarvoor het formele tarief mocht worden gedeclareerd. Bij het (fraude)onderzoek is komen vast te staan dat (de gemachtigde van) verzoekster de facturen zelf heeft vervaardigd en dat zij een hoger bedrag heeft gedeclareerd dan waarop recht bestond. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij voor de kosten van verpleging en verzorging een bedrag van totaal € 34.996,91 aan verzoekster heeft vergoed. De kosten van de indicatiestelling zijn hierin niet meegenomen. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat uit de informatie van verzoekster blijkt dat slechts drie keer een bedrag van € 1.612,11 (totaal € 4.836,33) is overgemaakt aan de formele zorgaanbieder. Dit zou declaraties over de periode van augustus 2020 tot en met oktober 2020 betreffen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit de bankafschriften van verzoekster niet onomstotelijk blijkt dat de betalingen zien op zorg in het kader van het PGB vv. De omschrijvingen zijn veelal onduidelijk en/of onvolledig, onherleidbaar naar ingediende declaraties en de meeste namen op de bankoverschrijvingen staan niet op de ingediende declaraties of op één van de aanvraagformulieren voor een PGB vv. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat de door hem aan verzoekster verleende vergoedingen niet één op één zijn overgemaakt naar haar zorgaanbieders, maar dat er meestal lagere bedragen zijn betaald.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster, door het indienen van zelf vervaardigde facturen, een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven en dat zij ten onrechte een hogere vergoeding heeft gedeclareerd dan waarop recht bestond. Er is vastgesteld dat een deel van de toegekende vergoedingen niet is uitbetaald aan de zorgaanbieders van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar merkt op het niet geloofwaardig te vinden dat het voorgaande voortkomt uit onkunde en onwetendheid.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat tijdens de door hem georganiseerde hoorzitting op 12 mei 2023 door de gemachtigde van verzoekster is verklaard dat zij voor een en ander verantwoordelijk is geweest en dat verzoekster niets te verwijten valt. Om deze reden is de ziektekostenverzekeraar bereid geweest de registratie van verzoekster in het EVR te verkorten van vijf jaar naar één jaar. De start van de registratie in het EVR is gelijk aan de datum waarop de afdeling Speciale Zaken het (fraude)onderzoek heeft gestart, namelijk 8 september 2022. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat verzoekster een betalingsregeling kan treffen om de vordering aan hem te voldoen. Hij stelt dat hij op grond van artikel 11 van het Reglement terecht

een deel van het uitbetaalde PGB vv terugvordert. Hij ziet geen reden om de onderzoekskosten van € 619,91 te laten vervallen. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat verzoekster zich niet heeft gehouden aan de taken en verplichtingen die horen bij een PGB vv en dat hij om deze reden de aanvraag van 21 maart 2022, op grond van artikel 4, zevende lid, sub a, van het Reglement, terecht heeft afgewezen.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 januari 2024, gericht aan de commissie, toegelicht dat de terugvordering ziet op de periode van 1 juli 2020 tot en met 10 maart 2022. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de zorg van 1 juli 2020 tot en met 31 december 2020 op basis van niet-gecontracteerde wijkverpleging is verleend. Het Reglement is hierop niet van toepassing. Met ingang van 1 januari 2021 is aan verzoekster een PGB vv toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn brief een overzicht van de uitbetaalde vergoedingen en de gevorderde bedragen meegestuurd. Ook is het verslag van de door de ziektekostenverzekeraar georganiseerde hoorzitting op 12 mei 2023 overgelegd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar kan verzoekster niet volgen in haar betoog dat, voor zover door hem hogere vergoedingen zijn toegekend, deze aan de zorgaanbieders zijn betaald. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de reden dat de vergoedingen zijn teruggevorderd juist erin gelegen dat de kosten van zorg hoofdzakelijk zijn gedeclareerd op naam van een bepaalde zorgaanbieder, terwijl deze zorgaanbieder volgens de overgelegde bankafschriften slechts drie keer is betaald voor verleende zorg (augustus, september en oktober 2020). Voor drie andere zorgaanbieders waarvoor door verzoekster een factuur was gedeclareerd zijn geen (herleidbare) bancaire betalingen gevonden. De terugvordering ziet dan ook niet op het onterecht declareren van het hogere formele tarief, maar op het feit dat er onjuiste declaraties zijn ingediend. Daarbij stelt de ziektekostenverzekeraar dat hem niet kan worden verweten dat het formele tarief destijds door hem is geaccepteerd, omdat pas tijdens het onderzoek door de afdeling Speciale Zaken duidelijk is geworden dat de zorg door informele zorgaanbieders werd verleend. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat er facturen zijn gedeclareerd die de gemachtigde van verzoekster zelf heeft vervaardigd. Dit heeft verzoekster ook bevestigd. Uit de omschrijving bij de betalingen aan de vermeende zorgaanbieders zou kunnen worden opgemaakt dat die betalingen betrekking hadden op het PGB vv, maar daarvoor is geen overtuigend bewijs. Zo kan de ziektekostenverzekeraar op basis hiervan niet vaststellen of de zorg daadwerkelijk is verleend, wat de aard van die zorg was, hoeveel uren zorg er zijn verleend en tegen welk tarief. De ziektekostenverzekeraar geeft als voorbeeld dat bij één van de betalingen "p**g**b factuur *pv hh*" als omschrijving was vermeld. De gemachtigde van verzoekster heeft tijdens de hoorzitting op 12 mei 2023 toegelicht dat dit geen betaling in het kader van huishoudelijke hulp ("hh", ten laste van de Wmo) betrof, maar dat het de initialen van haar vader zijn, de echtgenoot van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar verwijst voorts naar artikel 8 van het Reglement. Eén van de verplichtingen op grond van een PGB vv is dat de betalingen aan zorgaanbieders via de bank plaatsvinden. Bij pintransacties is niet te achterhalen waarvoor een betaling is bedoeld.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat in maart 2021 een aanvraag voor een PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2021 werd ontvangen. Deze aanvraag kon niet in behandeling worden genomen, omdat niet het juiste aanvraagformulier was gebruikt. De nieuwe aanvraag bereikte hem in juni 2021. Vervolgens moest een Bewust Keuze Gesprek worden gehouden en moest er aanvullende informatie worden opgevraagd. Hierdoor kon de aanvraag pas begin augustus 2021 worden afgehandeld. Een aanvraag voor verlenging van het PGB vv werd op 21 maart 2022 ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens ontbrekende informatie bij verzoekster opgevraagd. Het gevraagde werd echter niet aangeleverd. Pas in augustus 2022 informeerde verzoekster naar de stand van zaken. Na ontvangst van de gevraagde informatie is het dossier in augustus 2022 overgedragen aan de afdeling Speciale Zaken. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de vertraging mede is te wijten aan het uitblijven van een reactie van verzoekster. Volgens de ziektekostenverzekeraar verschoont de vertraging verzoekster niet van de verplichting tot het voeren van een zuivere administratie.

- 5.8. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder nog dat - anders dan het PGB Wlz - het PGB vv geen jaarlijks vrij te besteden bedrag kent. Het Reglement noch de Zorgverzekeringswet biedt deze mogelijkheid.
- 5.9. Door het indienen van zelf vervaardigde facturen heeft verzoekster een andere voorstelling van zaken gegeven en heeft de ziektekostenverzekeraar meer vergoed dan waartoe hij gehouden was. De ziektekostenverzekeraar neemt dit hoog op en handelt hierin volgens het opgestelde fraudebeleid. Hij verwijst hiervoor naar artikel 4.5 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar verklaart bij zijn standpunt te blijven dat verzoekster, of haar gemachtigde namens haar, bewust een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven om daarmee een hogere vergoeding te kunnen ontvangen dan waar verzoekster aanspraak op had. Om die reden ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding de vordering te laten vervallen of deze te matigen. Ook ziet hij geen aanleiding om de onderzoekskosten te laten vervallen. De registratie in het EVR is volgens de ziektekostenverzekeraar terecht geweest. De registratie in het EVR is inmiddels verlopen en de persoonsgegevens van verzoekster zijn hierin niet meer te vinden. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat het mogelijk blijft om een betalingsregeling te treffen.
- 5.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, bevestigd dat het in deze procedure alleen om het PGB vv gaat en dat hij een vordering van € 30.160,48 op verzoekster heeft. Hij heeft verklaard dat er geen facturen zijn om het door verzoekster genoemde bedrag van € 23.064,05 te verantwoorden. Hij heeft in dit verband erop gewezen dat elke zorgaanbieder volgens de Nederlandse Zorgautoriteit de administratie op orde moet hebben. De facturen die zijn overgelegd voor het bedrag van totaal € 870,30 zijn niet op naam van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar verwijst in het kader van de intrekking van het PGB vv en de afwijzing van de aanvraag voor een PGB vv naar zijn eerdere schriftelijke uitlatingen. Hij heeft verder verklaard dat het PGB vv een bewuste keuze van de verzekerde is. Het Bewust Keuze Gesprek is het moment om te toetsen of iemand zich bewust is van die keuze. Ten tijde van de aanvraag voor een PGB vv had verzoekster de op haar rustende verplichtingen moeten kennen.
- Met betrekking tot de gevorderde onderzoekskosten heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het in rekening brengen hiervan is geregeld in de verzekeringsvoorwaarden. Het is daarmee een onderdeel van de verzekeringsovereenkomst. Daarnaast zou, buiten de verzekeringsovereenkomst om, onrechtmatige daad een grondslag voor de vordering kunnen zijn, omdat verzoekster de ziektekostenverzekeraar een financieel nadeel heeft toegebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard het niet eens te zijn met de stelling van verzoekster dat hij voldoende onderzoekscapaciteit heeft en daarom geen extra onderzoekskosten mag berekenen. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat iedereen een correcte administratie voert. Er is een controle afdeling voor eventuele fouten, maar in de situatie van verzoekster was een apart onderzoek naar de fraude noodzakelijk. De ziektekostenverzekeraar verklaart zich desgevraagd bereid een specificatie van de hoogte van de onderzoekskosten en het aantal uren dat in het dossier van verzoekster is gewerkt over te leggen.

6. **Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. **Beoordeling**

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging zijn vermeld in de bijlage bij dit

bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de artikelen 7:941 en 6:203 van het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Terugvordering zorgkosten en beëindiging PGB vv

- 7.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Hierover overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit verstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de persoonsgegevens in het interne incidentenregister en het EVR, alsmede verhaal van de gemaakt onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 7.4. Het voorgaande is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden onder de 'begripsomschrijvingen' en in artikel 4.5.
- 7.5. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat de kwestie ziet op de periode van 1 juli 2020 tot en met 10 maart 2022. Verzoekster maakte in dit tijdvak aanvankelijk gebruik van verpleging en verzorging in natura, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (van 1 juli 2020 tot en met 31 december 2020) en aansluitend ontving zij een PGB vv (vanaf 1 januari 2021).
- 7.6. Tijdens de hoorzitting bij de ziektekostenverzekeraar op 12 mei 2023 heeft verzoekster verklaard dat door haar facturen ter declaratie zijn ingediend bij de ziektekostenverzekeraar die zij zelf had vervaardigd. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat zij, althans haar gemachtigde, hiertoe is overgegaan toen verschillende zorgaanbieders wilden stoppen en zij veel stress kreeg om vervanging te regelen. Tevens heeft verzoekster verklaard dat zij zorgaanbieders contant heeft betaald. Verzoekster wijt de ontstane problemen aan onbekendheid met de wetgeving. Verder was zij naar haar zeggen pas na het Bewust Keuze Gesprek op 1 juli 2021 op de hoogte van de op haar rustende verplichtingen uit hoofde van het PGB vv. Deze argumenten kunnen ieder voor zich maar ook in onderling verband beschouwd naar het oordeel van de commissie niet overtuigen. Zelfs bij onbekendheid met de wetgeving had verzoekster moeten weten dat het zelf vervaardigen van facturen alsof deze van de zorgaanbieders afkomstig zijn, niet is toegestaan en kan kwalificeren als een misdrijf. Specifiek ten aanzien van het PGB vv geldt dat het hebben van een PGB vv bepaalde verantwoordelijkheden met zich brengt, zoals het voeren van een behoorlijke administratie. Ten tijde van het aanvragen van een PGB vv had verzoekster, dan wel de gemachtigde namens haar, op de hoogte moeten zijn van de verplichtingen die horen bij een PGB vv. Bij het ondertekenen van de aanvraag hiertoe heeft verzoekster immers ingestemd met de inhoud van het Reglement en heeft zij verklaard dat zij in staat is op eigen kracht of met behulp van een vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Aangezien voorts pinbetalingen of contante betalingen aan zorgaanbieders op grond van artikel 8 van het Reglement niet mogen, en verzoekster onderscheidenlijk haar vertegenwoordiger moet worden geacht hiermee bekend te zijn geweest ten tijde van de keuze voor het PGB vv, kan noch de

verwijzing naar het Bewust Keuze Gesprek noch de door verzoekster gegeven uitleg over de achtergrond van de niet-bancaire betalingen haar baten.

- 7.7. Uit het voorgaande volgt dat sprake is van het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden, en daarmee van fraude. De ziektekostenverzekeraar was daarom gerechtigd de in artikel 7:941, vijfde lid, BW opgenomen sanctie, te weten verval van het recht op uitkering, toe te passen. Omdat de rechtsgrond aan de betalingen is komen te ontvallen, mocht de ziektekostenverzekeraar hetgeen door hem teveel aan verzoekster werd uitgekeerd uit hoofde van het PGB vv op grond van onverschuldigde betaling terugvorderen. In artikel 6:203 BW is namelijk bepaald dat degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, gerechtigd is dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen. In het tweede lid van artikel 6:203 BW is bepaald dat als de onverschuldigde betaling een geldsom betreft, de vordering strekt tot teruggave van een gelijk bedrag. Ook op grond van artikel 11 van het Reglement is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd het uitbetaalde PGB vv geheel of gedeeltelijk terug te vorderen.
- Ten aanzien van de hoogte van de vordering overweegt de commissie als volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 januari 2024 en ter zitting, onder verwijzing naar het door de hem overgelegde overzicht van de vordering, gesteld dat het bedrag van de vordering € 30.160,48 bedraagt. Ten aanzien van het bedrag van € 23.064,05 dat verzoekster in haar brief van 13 maart 2024 en ter zitting heeft willen verantwoorden, heeft de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd verweer gevoerd. Verzoekster heeft slechts drie facturen van zorgaanbieders overgelegd, die niet op haar naam zijn gesteld. Verdere facturen of andere stukken waaruit kan worden opgemaakt dat en door wie, welke zorg, gedurende welke uren, aan verzoekster is geleverd, ontbreken, ondanks de aan het PGB vv verbonden verplichting een behoorlijke administratie te voeren en stukken beschikbaar te houden. De enkele stelling dat er betalingen aan zorgaanbieders zijn verricht en een door (de gemachtigde van) verzoekster zelf opgesteld overzicht hiervan volstaat in dit verband niet. De commissie oordeelt daarom dat de ziektekostenverzekeraar het door hem terzake het PGB vv uitgekeerde bedrag van verzoekster mocht terugvorderen. Het PGB vv werd toegekend over de periode van 1 januari 2021 tot en met 10 maart 2022. Blijkens het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht betreft het bedrag dat over deze periode werd uitgekeerd niet het eerder door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag van € 30.160,48, maar een bedrag van € 25.324,15. Het verschil tussen deze beide bedragen bedraagt (3 maal € 1612,11=) € 4.836,33. Dit betreft betalingen over juli, november en december 2020. Gedurende deze periode ontving verzoekster geen PGB vv, maar ontving zij zorg in natura. Op laatstgenoemde zorg is het Reglement niet van toepassing, terwijl dit voorts geen deel uitmaakt van de onderhavige procedure, zodat de commissie in het kader van dit geschil hierover geen uitspraak kan doen. Verzoekster zal een bedrag van € 25.324,15 ter zake het PGB vv dan ook moeten terugbetalen. Dit onderdeel van het verzoek is daarom gedeeltelijk gegrond. Voor het verder laten vervallen of matigen van de vordering ziet de commissie geen grond. Dat verzoekster en haar echtgenoot leven van een uitkering en dat rekening moet worden gehouden met de beslagvrije voet zijn geen omstandigheden die daartoe aanleiding geven, maar zullen door de ziektekostenverzekeraar in ogenschouw moeten worden genomen bij de incasso van voornoemd bedrag, die, naar het zich laat aanzien, zal dienen te geschieden in de vorm van een langjarige (af)betalingsregeling waarbij de draagkracht van verzoekster een allesoverheersende rol dient te spelen.
- 7.8. Nu verzoekster op dit onderdeel van haar verzoek gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld ziet de commissie grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar het bedrag van het door haar betaalde klachtgeld van € 37 moet terugbetalen. Dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv met terugwerkende kracht mocht intrekken volgt uit artikel 9, sub c, van het Reglement. Zoals hiervoor al werd overwogen speelt de datum van het BKG daarbij geen rol zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

Registratie in het EVR en de onderzoekskosten

- 7.9. De commissie constateert dat, naar aanleiding van de hoorzitting van 12 mei 2023 bij de ziektekostenverzekeraar, is besloten de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR van vijf jaren naar één jaar te verkorten. Lopende de procedure bij de commissie is het jaar verstreken en inmiddels zijn de persoonsgegevens van verzoekster niet meer opgenomen in het EVR. Daarnaast gevraagd heeft verzoekster ter zitting verklaard dat zij dit onderdeel van haar verzoek om die reden intrekt zodat dit geen verdere bespreking behoeft. Waar het gaat om de andere maatregel, te weten de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten van € 619,91, stelt de commissie vast dat hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de zorgplicht en de controleplicht van de ziektekostenverzekeraar geen doel treft. Voldoende aannemelijk is dat de ziektekostenverzekeraar - juist vanwege de door verzoekster toegepaste (listige) kunstgrepen - buiten de reguliere controlewerkzaamheden, extra werkzaamheden heeft moeten verrichten om de fraude vast te stellen en de omvang hiervan te bepalen. Bij brief van 28 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een specificatie van de onderzoekskosten overgelegd. De hoogte van de gevorderde onderzoekskosten komt de commissie niet onredelijk voor. Deze kosten zijn dan ook toewijsbaar.

Afwijzing verlengingsaanvraag PGB vv

- 7.10. Hiervoor is vastgesteld dat verzoekster fraude heeft gepleegd. Om deze reden overweegt de commissie dat de verlengingsaanvraag voor een PGB vv van 21 maart 2022, gelet op artikel 4, lid 2 en tevens lid 7, sub a, van het Reglement, door de ziektekostenverzekeraar terecht is afgewezen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over het feit dat zij is benadeeld, omdat de afwikkeling van deze aanvraag - mede vanwege het fraudeonderzoek - zo lang heeft geduurd, waardoor zij van zorg verstoken is gebleven, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Niet alleen heeft de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat de vertraging mede werd veroorzaakt door verzoekster zelf, maar tevens had verzoekster, om de zorgverlening te continueren, op enig moment de keuze kunnen maken voor zorg in natura. Die keuze heeft zij echter niet gemaakt.

Slotsom

- 7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar terzake van het PGB vv van verzoekster een bedrag van € 25.324,15 mag terugvorderen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden, waarbij hem de bevoegdheid toekomt dit bedrag te verrekenen;
 - (iii) de commissie wijst het meer of anders gevorderde af.

Zeist, 30 april 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

- a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
- a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 6.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
- 7.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 8.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
- 9.** De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
- 10.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 11.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie

van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

PGB Reglement 2020 en 2021

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden daarvoor gesteld zijn;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.

De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft in de afgelopen twaalf maanden een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
 - g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
 5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zal de zorgverzekeraar u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt bij de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt bij de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
7. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. er wordt ook geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het

netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 9: Herziening of intrekking

Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;
- c. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
- h. u de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. u het reglement niet naleeft;
- l. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op zorgzekerheid.nl/brochures;
- m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 11 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit pgb niet houdt aan de regels uit dit reglement, dan kan de zorgverzekeraar het aan u uitbetaalde pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

PGB Reglement 2022

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden daarvoor gesteld zijn;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Wat dit betreft geldt, in ieder geval;
 - a. dat u minimaal twee zorgverleners moet hebben indien u zeven dagen per week zorg ontvangt en/of indien u meer dan 3 zorgmomenten per dag nodig heeft; en
 - b. dat de afstand tussen zorgverlener en PGB-houder redelijk moet zijn. In het geval van ongeplande zorg, is uitsluitend een reistijd van maximaal 20 minuten per reis redelijk.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.

De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:

 - a. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig;
 - b. u bent in staat om de benodigde informatie voor de verschillende procedures volledig en zorgvuldig aan te kunnen leveren;
 - c. u voldoet aan de 10 PGB vaardigheden zoals beschreven in stap 1 op onze website zorgzekerheid.nl/zorg-regelen/pgb/aanvragen.
 - d. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

- e. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - f. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - g. u heeft in de afgelopen twaalf maanden een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - h. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - i. u heeft surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, of stellen wij u aanvullende eisen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. u voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3;
 2. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 3. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 4. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
 5. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
 6. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgaanbieders waarmee u een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
 7. uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
 8. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
 9. er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde.
- Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert. De wijkverpleegkundige neemt daarbij de voorliggende voorzieningen mee. Is dit niet mogelijk of onvoldoende? Dan kijkt de wijkverpleegkundige volgens de 'Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN naar:
- behandeling door andere zorgprofessionals (revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medisch specialist, etc.); en
 - inzet van zorgtechnologie, hulpmiddelen of woningaanpassingen waardoor de interventie zelf uitgevoerd

kan worden of niet meer nodig is; en

- mogelijkheden vanuit andere domeinen (Wmo, Wlz, e.d.); en

diens netwerk en inzet van vrijwilligers, voordat een zorgprofessional (vanuit wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional vanuit een andere discipline) wordt ingezet.

Artikel 9 Herziening of intrekking

Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;

b. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;

c. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;

d. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;

e. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;

f. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;

g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, de toekenningsverklaring is gebaseerd op door

u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;

h. u de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;

i. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;

j. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;

k. u het reglement niet naleeft;

l. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op **[zorgenzekerheid.nl/brochures](https://www.zorgenzekerheid.nl/brochures)**;

m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgaanbieder(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 11 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit pgb niet houdt aan de regels uit dit reglement, dan kan de zorgverzekeraar het aan u uitbetaalde pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf 3 als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een helpende niveau 2. Zorg geleverd door een helpende niveau 2 moet in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2021, maar geen contract had in 2020. In de zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft. Het machtigingsformulier voor nieuw gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).

- u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.

- voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:

- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.3 en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg of een helpende niveau 2 mits in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;

- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis, verpleging en verzorging, wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering..
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan gemiddeld twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijt zorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrie) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelingsfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet erkend zijn op het niveau effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- Gecombineerde Leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de (huis)arts.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Wijkverpleging betreft zorg in de eigen omgeving, dus thuis, maar bijvoorbeeld ook op werk of dagbesteding. De zorg gaat niet gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekeringen betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende niveau 3;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- wanneer er alleen verzorging nodig is en er is geen sprake van een geneeskundige context waar binnen deze verzorging gegeven wordt, valt dit onder de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wanneer u niet voldoende zelfredzaam bent. Bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap.

Heb ik een verwijzing nodig?

Om in aanmerking te komen voor verpleging en verzorging heeft u geen verwijzing nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2022, maar geen contract had in 2021. Op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Het aanvraagformulier voor toestemming kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.